



«مدیریت پژوهشی»

## گزارش نهایی طرح پژوهشی

«مقایسه شاخص های جمعیتی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در روستاهای استان بوشهر با

شاخص های کشوری در طول سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۶ (۱۵ سال)»

مجری طرح :

دکتر آزیتا انارکی

همکاران طرح :

افسون صیدالی - دکتر نیلوفر معتمد - دکتر عبدالمحمد خواجه ئیان

سال ۱۳۸۹

## پیشگفتار

سلامت و امنیت جزء حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت موظف به تامین آن به طور برابر برای آحاد اجتماع است .

تفکر مراقبت های اولیه بهداشتی انقلابی در نظام ارائه خدمات مرتبط با سلامت بود . این تفکر بر اساس چهار محور اصلی

✓ تامین مشارکت های اجتماعی در برنامه ریزی ، تامین و مدیریت مراقبت های بهداشتی

✓ مبتنی بودن مراقبت های اولیه بهداشتی بر روش های کاربردی ، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی که به صورت سطح بندی شده و ادغام یافته ارائه می شود

✓ نزدیک تر نمودن هر چه بیشتر خدمات به محل کار و زندگی مردم بدون هر گونه تفاوت اجتماعی ، اقتصادی و سیاسی

✓ تامین آن بر پایه خود اتکایی و همپا با نظام توسعه اجتماعی اقتصادی کشور و به عنوان جزء محوری توسعه مزبور شکل گرفته است.

آن چه که به عنوان شبکه های بهداشتی درمانی در ایران به خصوص در مناطق روستایی پس از نیمه اول دهه شصت هجری شکل گرفت بر پایه مفاهیم و محتوای ذهنی مراقبت های اولیه بهداشتی بوده است . این گزارش با استفاده از داده های ثبت شده توسط بهورزان . گردآوری شده توسط کاردان ها و کارشناسان شهرستان ها و استان انجام شده است و نشان دهنده گوشه ای از عملکرد نظام مراقبت در طی ۱۵ سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۶ می باشد.

محققین لازم می دانند که از کلیه بهورزان ، کاردان ها ، کارشناسان و پرسنل ستاد شهرستان ها که در جمع آوری، بررسی کیفیت داده ها و ورود اطلاعات همکاری داشته اند تشکر و قدردانی کنند

## خلاصه گزارش

۱	مقدمه
۲	مواد و روش ها
۴	نمودار شماره ۱- تغییر نسبت جمعیت زیر یک سال
۵	نمودار شماره ۲- تغییر نسبت جمعیت زیر ۵ سال
۶	نمودار شماره ۳- تغییر نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال
۷	نمودار شماره ۴- تغییر نسبت جمعیت بالای ۶۵ سال
۸	نمودار شماره ۵- تغییر نسبت جمعیت زنان شوهردار
۹	نمودار شماره ۶- تغییر میزان مولید
۱۰	نمودار شماره ۷- تغییر میزان باروری عمومی
۱۱	نمودار شماره ۸- تغییر باروری کلی
۱۲	نمودار شماره ۹- تغییر پوشش تنظیم خانواده تغییر پوشش تنظیم خانواده
۱۳	نمودار شماره ۱۰- تغییر میزان مرگ کودکان زیر یک ماه
۱۴	نمودار شماره ۱۱- تغییر میزان مرگ کودکان زیر یک سال
۱۵	نمودار شماره ۱۲- تغییر میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال
۱۶	نمودار شماره ۱۳- تغییر میزان مرگ کودکان ۱ ماه تا ۵۹ ماه
۱۷	نمودار شماره ۱۴- تغییر میزان سرباری عمومی
۱۸	نسبت های جمعیتی
۱۹	شاخص های جمعیتی

۲۰	شاخص های مرگ کودکان زیر ۵ سال
۲۱	بحث و نتیجه گیری
۲۳	منابع
۲۴	پیوست ها

## تغییرات شاخص های جمعیتی در روستاهای استان بوشهر طی سال های ۱۳۸۶-۱۳۷۲ (۱۵ سال)

<sup>۱</sup> دکتر آریتا انارکی - <sup>۲</sup> افسون صیدالی - <sup>۳</sup> دکتر نیلوفر معتمد - <sup>۴</sup> دکتر عبدالمحمد خواجه نیان

<sup>۱</sup> پزشک عمومی (MPH) مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

<sup>۲</sup> کارشناس مامایی ، مسئول برنامه تنظیم خانواده دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

<sup>۳</sup> متخصص پزشکی اجتماعی ، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<sup>۴</sup> پزشک عمومی (MPH)، معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت استان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

مقدمه : شناخت جمعیتی روستا نخستین گام ارائه خدمات سلامت است. طبق تحقیقات کاهش باروری در کلیه استان های کشور صورت گرفته است . هرچند هنوز سطح و الگوهای متفاوت باروری در نقاط مختلف وجود دارد. بر مبنای تحقیق DHS سال ۱۳۷۹ استان های سیستان و بلوچستان ، هرمزگان و بوشهر باروری بالاتری نسبت به کشور داشته اند. در این مطالعه برآنیم تا با بررسی روند شاخص ها در روستا های استان بوشهر از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۶ الگویی از روند تحول جمعیت و باروری در استان بوشهر به دست بیاوریم. این الگو می تواند در برنامه ریزی های آتی موثر بوده و در درازمدت سبب بهبود شاخص های سلامت گردد.

مواد و روش ها : این بررسی با تجمیع داده های ثبت شده (old data) در زیج حیاتی خانه های بهداشت انجام شده است. در پایان سال اطلاعات زیج ها از تمام خانه های بهداشت در ستاد هر شهرستان جمع آوری و سپس اطلاعات شهرستان ها وارد نرم افزار استانی شده و شاخص های جمعیتی از آن استخراج می شوند .

یافته ها : به طور کلی در روستاهای استان بوشهر نسبت به سال ۷۲ جمعیت زیر یک سال ۲۲٪ ، جمعیت زیر ۵ سال ۴۳٪، جمعیت زیر ۱۵ سال ۴۴٪ و جمعیت زنان ۱۵-۴۹ ساله ۶٪ کاهش یافته است. نسبت جمعیت ۶۵ سال به بالا ۳۶٪ افزوده شده. میزان موالید ۲۰.۷٪ ، میزان باروری عمومی ۴۵.۸٪ و باروری کلی ۵۰٪ کاهش یافته است. باروری کلی از سال ۷۹ در روستاها به ۲۰.۱ رسیده است. پوشش روش های مطمئن پیشگیری از بارداری ۴۲.۵٪ افزایش پیدا کرده، میزان سرباری عمومی نیز ۵۵٪ کاهش یافته است.

بحث و نتیجه گیری : طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی جمعیت جوان جمعیتی است که ۴۰ درصد یا بیشتر افراد آن زیر ۱۵ سال باشند. بنابراین جمعیت استان از یک جمعیت جوان در سال ۷۲ (۴۸٪ کل جمعیت) به جامعه ای پیرتر (۲۷٪ کل جمعیت) در سال ۸۶ تغییر یافته است. بر اساس نظریه شرایک و سیگل اگر جمعیت ۶۵ سال و بیشتر بین ۵ تا ۱۰ درصد باشد آن جمعیت میانسال می باشد. بنابراین جمعیت استان با توجه به جمعیت ۶.۵ درصدی سالمندان در دوره میانسالی قرار دارد. میانسالی جمعیت بیانگر نیاز جامعه به امکانات آموزشی ، رفاهی ، اشتغال ، ازدواج و مسکن است. درصد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار نیز کاهش یافته است. اگرچه این کاهش نشان دهنده بالا رفتن سن ازدواج و منجر به کاهش باروری است و می توان آن را یک نشانه مثبت تلقی کرد ، ولی می تواند پیش آگهی افزایش مشکلات اجتماعی نیز باشد. علی رغم رسیدن باروری کلی به حد جایگزینی در سال

۷۸ میزان موالید در سال های اخیر رو به افزایش بوده و این در حالی است که پوشش تنظیم خانواده افزایش یافته است ، که بیانگر تمایل به ادامه رشد جمعیت بعد از رسیدن به حد جایگزینی یا پدیده گشتاور یا نیروی محرکه جمعیت در استان می باشد.

واژگان کلیدی: شاخص، جمعیت، زیج حیاتی، الگوی باروری، گشتاور

## مقدمه

شناخت جمعیتی و زیست محیطی روستا یکی از نخستین گام ها برای ارائه خدمات سلامت به مردم است، شناسایی جمعیتی به مفهوم شناخت جمعیت از نظر تعداد باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع سنی و جنسی و سایر شاخص های حیاتی و سلامت است. فرآیند شناخت جمعیتی شامل مراحل مشخصی است که محصول نهایی آن درج اطلاعات در پرونده سلامت خانوار و متعاقبا زیج حیاتی است. براین اساس می توان گفت که پرونده سلامت خانوار و زیج حیاتی از ابزار های مستند ساز داده های سلامت برای افراد و جمعیت اند. (۱)

کشور ایران در چند دهه اخیر تحولات چشمگیر جمعیت شناختی را تجربه نموده است. از دهه ۱۳۶۰ به بعد میزان های باروری با شتاب و سرعت بسیاری رو به کاهش نهاده است چرا که اعمال برنامه های توسعه از جمله گسترش آموزش و بهداشت و نیز خدمات روستایی در کشور زمینه هایی برای تحولات اجتماعی و تغییر نگرش های عمومی ایجاد نمود. بدین منوال از سال ۱۳۶۴ به بعد میزان باروری کل در کشور کاهش یافت و از اواخر دهه ۶۰ این کاهش سرعت چشمگیری پیدا کرد. تحقیقات مختلف نشان داده است که کاهش باروری در ایران در کلیه استان های کشور و مناطق شهری و روستایی صورت گرفته و علیرغم زمینه های متفاوت اقتصادی- اجتماعی در استان های کشور تشابهات زیادی از جهت جمعیت شناختی بین استان ها و همچنین مناطق روستایی و شهری کشور دیده می شود. روند فوق نشانگر نوعی همگرایی رفتارهای باروری در کشور می باشد. هرچند هنوز سطح و الگوهای متفاوتی از باروری در نقاط مختلف کشور وجود دارد مثلا بر مبنای تحقیق DHS در سال ۱۳۷۹ استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و بوشهر باروری بالاتری نسبت به کل کشور داشته اند. (۲)

در تحقیقی که به سال ۱۳۷۹ در شهر تبریز انجام شد سه فاکتور موثر در آگاهی و عملکرد زنان ۴۹-۱۵ ساله در تنظیم خانواده یعنی سطح سواد، اشتغال و باروری مورد بررسی قرار گرفت. به منظور پایش توسعه اقتصادی در رابطه با جمعیت این سه فاکتور در سه مقطع زمانی ۱۳۷۲، ۱۳۵۶ و ۱۳۷۵ مقایسه گردیدند و نتایج حاصل نشان داد با افزایش سطح سواد زنان میانگین سن اولین حاملگی نیز افزایش یافته است. همچنین میزان باروری کلی از ۴.۳۵ به ۲.۷ تنزل کرده و دفعات حاملگی بیش از ۵ بار از سال ۱۳۵۶ تا ۱۳۷۵ کاهش قابل ملاحظه ای را نشان داد. (۳)



در پژوهشی که برای ارزیابی شاخص‌های سلامت و میزان مرگ و میر کودکان در استان‌های کشور و بررسی ارتباط آن با شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی انجام شد یافته‌ها حاکی از این بود که در اولین فاکتور تحلیل عاملی به ترتیب استان‌های تهران، گیلان، سمنان، اصفهان از نظر این شاخص‌ها در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارند و نیز استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خوزستان و لرستان به ترتیب در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارند. (۴)

شناخت این الگوها و شاخص‌ها و مقایسه آنها با یکدیگر و بازشناسی تاثیر هر یک از آنها بر دیگری بنیان هر نوع برنامه ریزی صحیح و موثر می باشد. اصولاً هیچ کارگزار و برنامه ریزی نمی تواند بدون این آگاهی از این شاخص‌ها در مورد ساختار جمعیت و تغییرات آن برنامه ای درخور اعتنا و کارآمد ارائه کند. (۵)

مهمترین شاخص‌های جمعیتی شامل: میزان خام موالید، باروری عمومی، باروری کلی، نرخ رشد جمعیت، پوشش تنظیم خانواده، میزان مرگ و میر در رده‌های مختلف سنی و طبقه بندی سنی افراد جامعه می باشد.

در این مطالعه برآنیم تا با بررسی روند این شاخص‌ها در روستا‌های استان بوشهر از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۶ و مقایسه آن با همین گذار در همین مدت در روستا‌های کشور الگویی از روند تغییر و تحول جمعیت و باروری در استان بوشهر به دست بیاوریم. این الگو می تواند در برنامه ریزی‌های دقیق تر آتی موثر بوده و به بهبود شاخص‌های سلامت در درازمدت منجر شود.

### مواد و روش‌ها

این بررسی با گردآوری و تجمیع داده‌های ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت انجام شده است.

از سال ۱۳۷۱ تاکنون برنامه نرم افزاری خاصی نوشته شده و در اختیار تمامی مراکز بهداشتی شهرستانها قرار گرفته است و هر ساله در ابتدای سال برگه‌های زیج حیاتی از واحد تولید کننده داده جمع آوری شده و در مراکز بهداشت شهرستانها به رایانه وارد می شوند. این برنامه با Foxpro و تحت Dos نوشته شده است و تمامی شاخص‌های قابل استخراج از زیج‌های حیاتی را به دست می دهد.

همانطور که قبلاً نیز توضیح داده شد ، در پایان سال زیج ها از تمام خانه های بهداشت جمع آوری شده و در مرکز شهرستان وارد نرم افزار مخصوص خود می شود .

به این ترتیب هر شهرستان زیج حیاتی تمام خانه های بهداشت تحت پوشش خود را به تفکیک در رایانه دارد. این کار در تمام شهرستانهای یک استان انجام می شود و سپس فایل شهرستانها وارد نرم افزار استانی می گردد. در نتیجه هر استان به تفکیک شهرستان و نیز هر شهرستان به تفکیک خانه بهداشت ، اطلاعات زیج های حیاتی خود را دارند این کار در همه استان ها انجام می شود و سپس اطلاعات همه استانها وارد نرم افزار کشوری گردیده و در نتیجه در کشور به تفکیک استان و شهرستان و خانه بهداشت اطلاعات زیج های حیاتی در رایانه وجود دارد.